



RAPPORT SOMMAIRE
Réduction des écarts en matière de santé
Un regard sur le statut socioéconomique
en milieu urbain au Canada

Initiative sur la santé de la population canadienne

Conclusions

Les nouvelles analyses réalisées par l'ISPC quant aux 15 RMR canadiennes mettent en évidence les rapports complexes qui existent entre le SSE et les indicateurs examinés. Le rapport révèle des différences significatives entre chaque groupe de SSE pour 20 des 21 indicateurs de santé examinés. Ces résultats soulignent l'importance d'examiner les écarts en santé entre tous les groupes de SSE plutôt qu'entre les groupes de SSE élevé et faible seulement.

Il nous en reste encore beaucoup à apprendre au sujet des politiques, des programmes et des initiatives qui permettent de réduire les écarts en santé qui pourraient être liés aux SSE, de même qu'au sujet des conditions et des contextes dans lesquels ces programmes, politiques et initiatives sont efficaces. Tous les ordres de gouvernement et tous les secteurs, qu'ils appartiennent au domaine de la santé ou non, ont la responsabilité d'approfondir nos connaissances du SSE et la santé en milieu urbain.

À propos de l'Initiative sur la santé de la population canadienne

L'Initiative sur la santé de la population canadienne (ISPC), mise sur pied en 1999, fait partie intégrante de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). La mission de l'ISPC est double : favoriser une meilleure compréhension des facteurs qui influent sur la santé des individus et des collectivités; contribuer à l'élaboration de politiques qui permettent de réduire les inégalités et d'améliorer la santé et le bien-être des Canadiens.

Références

1. K. K. Lee, *Urban Poverty in Canada: A Statistical Profile*, Ottawa (Ont.), Conseil canadien de développement social, 2000.
2. A. Todd, « Health Inequalities in Urban Areas: A Guide to the Literature », *Environment and Urbanization*, vol. 8, n° 2 (1996), p. 141-152.
3. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, *Rapport annuel 1998 sur la santé de la population — Les inégalités sociales de la santé*, Montréal (Qc), Direction de la santé publique, Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, 1998, p. 15.
4. R. Wilkins, J. M. Berthelot et E. Ng, « Tendances de la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions urbaines du Canada de 1971 à 1996 », *Rapports sur la santé*, vol. 13, supplément (2002), p. 1-28. Catalogue n° 82-003 de Statistique Canada.
5. M. Shaw et coll., *The Handbook of Inequality and Socioeconomic Positions: Concepts and Measures*, Bristol (GB), The Policy Press, 2007.
6. R. Pampalon et G. Raymond, « A Deprivation Index for Health and Welfare Planning in Quebec », *Chronic Diseases in Canada*, vol. 21, n° 3 (2000), p. 104-113.
7. R. Pampalon, P. Gamache et D. Hamel, *A Deprivation Index for Health in Canada*, Québec (Qc), Institut national de santé publique du Québec, 2006.
8. Statistique Canada, *2006 Census Dictionary—Dissemination Area (DA) Definition* (en ligne), Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2007. Dernière modification le 7 juin 2007. Consulté le 18 juin 2008. Internet : <<http://www12.statcan.ca/english/census06/reference/dictionary/geo021.cfm>>.
9. Statistique Canada, *2006 Census Dictionary—Census Metropolitan Area (CMA) and Census Agglomeration (CA)* (en ligne), Ottawa (Ont.), Statistique Canada, 2007. Dernière modification le 10 décembre 2007. Consulté le 18 juin 2008. Internet : <<http://www12.statcan.ca/english/census06/reference/dictionary/geo009.cfm>>.

space for
FSC logo

Cette publication est imprimée avec de l'encre végétale sur un papier sans acide ni chlore fait à 50 % de matières recyclées (25 % de post-consommation).

Messages clés

La littérature de même que les nouvelles analyses de l'ISPC ont permis de dégager un certain nombre de messages clés. Tout d'abord, les nouvelles analyses réalisées par l'ISPC et présentées dans le rapport révèlent des différences (d'importances diverses) dans les taux d'hospitalisation et les autodéclarations de la santé en pourcentage, au sein de chacune des RMR et dans l'ensemble des RMR. Ces différences ont été mises en lien avec le statut socioéconomique au sein des AD définies par Statistique Canada. De façon générale, les indicateurs présentaient des taux normalisés selon l'âge plus élevés au sein du groupe de SSE faible qu'au sein du groupe de SSE moyen, et supérieurs pour le groupe de SSE moyen par rapport au groupe de SSE élevé, l'importance des gradients variant selon les indicateurs. Par ailleurs, ces écarts varient également au sein des 15 RMR décrites. Dans le cas de certains indicateurs examinés, on a enregistré des différences notables entre les RMR.

Quelles sont donc les répercussions de ces résultats? Ces données peuvent en premier lieu contribuer à orienter la mise sur pied d'interventions ciblées destinées à réduire les écarts les plus importants en répondant aux besoins des groupes de SSE plus faible. Par contre, lorsque l'écart est moindre, des approches plus globales destinées à l'ensemble de la population pourraient être adoptées. Il se peut également que les régions où l'on enregistre les écarts les plus importants puissent tirer des leçons des régions où ces écarts sont moins marqués.

Que nous reste-t-il à apprendre?

Bien que le rapport de l'ISPC démontre l'existence de liens entre le statut socioéconomique et la santé, il nous en reste beaucoup à apprendre sur la nature de ces liens. Par exemple :

- Quelles interventions ou quels ensembles d'interventions sont les plus susceptibles de réduire les écarts en santé observés au sein des régions urbaines et entre elles?
- Les politiques qui permettent d'améliorer efficacement le SSE entraînent-elles également des résultats positifs pour la santé et la réduction des écarts en santé?
- Combien coûtent les écarts au chapitre du SSE et de la santé?
- Dans quelle mesure les écarts économiques, sociaux, démographiques et autres entre les RMR sont-ils liés aux écarts en santé au sein des RMR et entre elles?
- De quelle façon la composition de la population (c.-à-d. le pourcentage d'immigrants récents, d'Autochtones et de familles monoparentales) et les tendances démographiques (c.-à-d. les taux de croissance de la population) sont-elles liées aux écarts enregistrés au sein des RMR et entre elles?
- Que révèlent les taux d'hospitalisations dans les cas évitables? Par exemple, dans quelle mesure les taux d'hospitalisations à la suite de conditions propices aux soins ambulatoires représentent-ils un moyen indirect d'accéder aux soins primaires? Quels sont les autres facteurs liés à ces taux d'hospitalisation?



De manière générale, le Canada est un pays prospère et les Canadiens sont en bonne santé. Nous jouissons d'une très bonne qualité de vie, de ressources naturelles en abondance et d'une économie solide. Pourtant, tous les Canadiens ne profitent pas de la vigueur de l'économie et ne jouissent pas du même état de santé.

Nos villes nous offrent une perspective unique sur l'inégalité des statuts socioéconomiques (SSE). L'endroit où les gens choisissent de s'établir dans une ville dépend, à des degrés divers, de leur revenu et d'autres facteurs connexes : l'abordabilité des logements, la qualité des services publics, les taux d'imposition municipale et les infrastructures de transport, entre autres¹. Des recherches ont démontré que nos villes connaissent une ségrégation fondée sur le revenu. Par exemple, selon une étude canadienne s'appuyant sur les données du recensement de 1996, les « villes centrales », soit le noyau urbain des plus grandes villes canadiennes, se caractérisent par un taux de pauvreté environ 1,7 fois celui des banlieues avoisinantes (27 % dans les noyaux urbains, contre 16 % dans les zones suburbaines)¹.

Pour répondre à leurs besoins essentiels, les personnes qui vivent dans la pauvreté doivent faire face à toutes sortes de difficultés que n'affrontent pas nécessairement celles qui

ont des revenus supérieurs. Les personnes défavorisées vivant en centres urbains sont aux prises d'une manière disproportionnée à des problèmes liés à des logements surpeuplés et de qualité médiocre, à l'exposition à des substances dangereuses et à des niveaux élevés de pollution². Un certain nombre d'études consacrées au SSE ne se limitent pas à départager pauvreté et richesse, mais démontrent qu'il existe un gradient en utilisant des points intermédiaires (p. ex. la classe moyenne). Cela dit, « dans une échelle de revenu, un individu situé à un niveau quelconque risque d'être en moins bonne santé que ceux des niveaux au-dessus et en meilleure santé que ceux des niveaux au-dessous³ ». Par exemple, une étude canadienne de 2002 portant sur la mortalité selon le revenu du quartier dans les régions métropolitaines de recensement (RMR) du Canada a révélé que l'espérance de vie à la naissance et la probabilité d'atteindre l'âge de 75 ans tendent à augmenter à mesure que le revenu du quartier augmente⁴.

Pourquoi de telles différences dans les centres urbains du Canada? Pour bien répondre à cette question, il est important de prendre en considération le profil socioéconomique et démographique de nos régions urbaines. L'accès à des données relatives à cette question pourra nous aider à approfondir notre connaissance des écarts de statut socioéconomique et de la santé en milieu urbain au Canada et, en définitive, d'élaborer des solutions praticables et réalisables afin de combler ces écarts.

Le rapport de l'ICIS *Réduction des écarts en matière de santé : un regard sur le statut socioéconomique en milieu urbain au Canada* vise à donner un aperçu des liens qui existent entre le SSE et la santé en examinant, au moyen d'une multitude d'indicateurs, la variation de la santé dans les petites régions géographiques présentant des caractéristiques distinctes sur le plan socioéconomique au sein de 15 RMR du Canada.

Statut socioéconomique et santé en contexte urbain canadien

Bien que les mesures du revenu évaluent essentiellement le revenu des particuliers, les indices de défavorisation tiennent habituellement compte d'autres variables. Par exemple, les aspects sociaux, dont une participation insuffisante aux activités des institutions sociales, tendent à brosser un portrait plus global de la situation socioéconomique⁵.

L'indice de défavorisation élaboré par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) tient compte de divers indicateurs dont on sait qu'ils correspondent aux aspects matériels et sociaux de la défavorisation et de la santé⁶, et peut s'appliquer aux aires de diffusion (AD) définies par Statistique Canada⁷, soit la plus petite région géographique pour laquelle il est possible de publier des données de

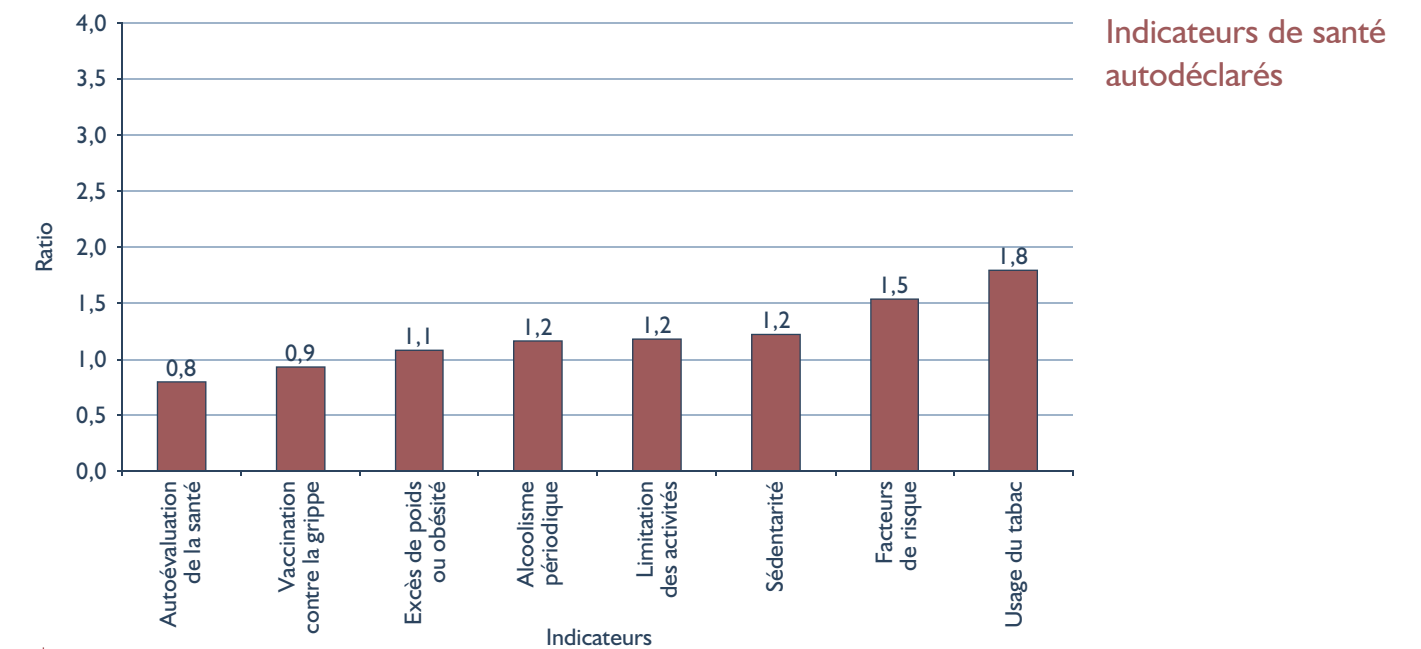
Figure 1

Emplacement géographique des 15 RMR au Canada



Parmi les indicateurs de la santé autodéclarés présentés, le ratio le plus élevé (ou le gradient le plus abrupt) se rapportait au pourcentage de répondants qui ont déclaré fumer quotidiennement ou à l'occasion. Plus précisément, le taux de tabagisme chez les répondants appartenant au groupe de SSE faible correspondait à environ 1,8 fois le taux observé au sein du groupe de SSE élevé. Deux des ratios présentés étaient inférieurs à 1,0 (autoévaluations de la santé et vaccinations contre la grippe). Ces deux ratios correspondent aux deux indicateurs relevés dans des analyses pancanadiennes précédentes pour lesquels le groupe de SSE élevé étaient plus susceptibles de fournir des réponses plus positives que le groupe de SSE faible (comme prévu); le ratio de l'indicateur relatif à la vaccination contre la grippe était donc de 0,9, et celui de l'indicateur relatif aux autoévaluations de la santé, de 0,8.

Figure 4B



Sources

Analyse par l'ISPC de données tirées de la Base de données sur les congés des patients pour 2003-2004 à 2005-2006 et du Registre national des traumatismes, Institut canadien d'information sur la santé; ESCC, cycles 2.1 (2003) et 3.1 (2005), Statistique Canada.

de SSE élevé. Dans les cas de conditions propices aux soins ambulatoires, les taux d'hospitalisation étaient de 458 par 100 000 personnes au sein du groupe de SSE faible; ce taux a chuté à 285 par 100 000 personnes au sein du groupe de SSE moyen et à 196 au sein du groupe de SSE élevé.

Sur le plan des indicateurs de santé autodéclarés, à l'exception de l'un des huit indicateurs, les différences entre les trois groupes de SSE étaient statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %. L'auto-déclaration relative à l'excès de poids et à l'obésité faisait exception (aucune différence significative n'a été enregistrée entre les groupes de SSE moyen et élevé). Parmi les huit indicateurs examinés, ceux qui se rapportent aux autodéclarations de la vaccination contre la grippe chez les personnes âgées et à l'autoévaluation de la santé comme étant « excellente » ou « très bonne » traçaient un gradient ascendant entre les groupes de SSE faible, moyen et élevé. Ce résultat n'est pas surprenant puisque, tout comme l'ont révélé les grandes constatations dégagées de la revue de la littérature une moins bonne santé était associée à des éléments de l'indice de défavorisation.

Inclinaison des gradients

Les figures 4A et 4B présentent le ratio entre le groupe de SSE élevé et le groupe de SSE faible, relativement aux 21 indicateurs pour l'ensemble des 15 RMR examinées dans le rapport. La présentation de ces données en ratios permet d'établir des comparaisons directes entre ces deux groupes de SSE et indique le degré d'inclinaison des gradients entre eux.

Parmi les indicateurs d'hospitalisation, les troubles liés à la consommation de drogues, d'alcool et d'autres substances affichaient le gradient le plus abrupt puisque les taux d'hospitalisation enregistrés dans le groupe de SSE faible étaient environ 3,4 fois ceux du groupe de SSE élevé. Au sein du groupe de SSE faible, les taux d'hospitalisation liés à la MPOC étaient environ 2,7 fois ceux du groupe de SSE élevé dans les 15 RMR. Le ratio des taux d'hospitalisation liés au diabète (2,4) était le troisième en importance; ce taux d'hospitalisation au sein du groupe de SSE faible était environ 2,4 fois celui du groupe de SSE élevé pour les 15 RMR confondues.

recensement⁸. Les différences observées au chapitre de l'éducation, de l'emploi et du revenu constituent les *aspects matériels* de la défavorisation et de la santé, tandis que les *aspects sociaux* correspondent aux différences quant à la proportion de personnes séparées, divorcées ou veuves, de familles monoparentales et de personnes vivant seules⁶.

L'indice de défavorisation a été utilisé pour attribuer aux AD des notes rendant compte des aspects matériels et sociaux de la défavorisation et de les situer dans l'un des quintiles représentant chacun 20 % de la population (des personnes les plus privilégiées aux plus défavorisées). En combinant les notes attribuées en fonction des aspects matériels et sociaux, l'ISPC a pu regrouper les AD selon le groupe de SSE (faible, moyen ou élevé).

Régions métropolitaines de recensement

Les régions métropolitaines de recensement (RMR) sont des régions géographiques comptant au moins 100 000 personnes et dont le noyau urbain compte au moins 50 000 habitants⁹. Les RMR comprennent de nombreuses AD, qui sont de petites régions géographiques dont la population varie généralement de 400 à 700 personnes⁸. On a recueilli des données sur les indicateurs pour chaque AD se situant en milieu urbain au sein des 15 RMR canadiennes. La figure 1 montre l'emplacement géographique des 15 RMR retenues aux fins du présent rapport.

La présente étude couvre environ 66 % des AD canadiennes définies par l'ISPC (46 173 AD). Pour chaque RMR, des cartes des limites des AD ont été tracées. À titre d'exemple, voici la carte des limites des AD de la RMR de Hamilton en Ontario. Un code de couleur indique le SSE de chaque AD (figure 2).

Figure 4A
Ratios pancanadiens des taux d'hospitalisation et autodéclarations de la santé en pourcentage normalisés selon l'âge pour les groupes de statut socioéconomique faible et élevé

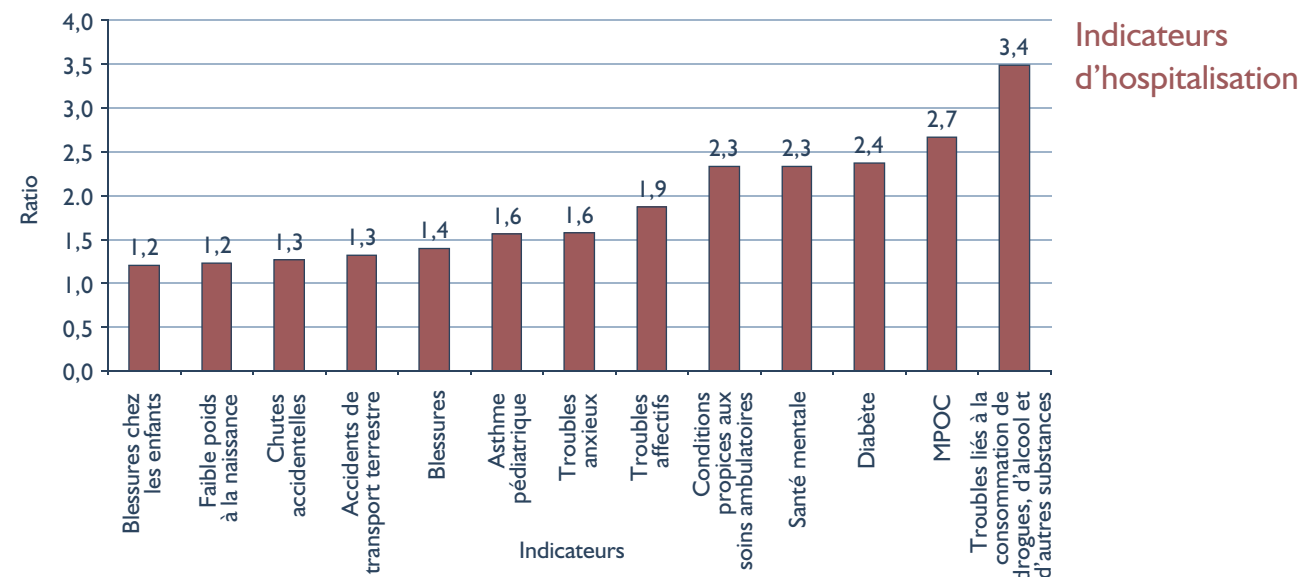


Figure 2

Carte des limites des AD de la RMR de Hamilton, Ontario



Indicateursⁱ

Les nouvelles analyses réalisées par l'ISPC présentées dans le rapport fournissent les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge en lien avec un certain nombre de problèmes de santé aigus et chroniques pour l'ensemble des 15 RMR et pour chacune d'entre elles. Ces indicateurs d'hospitalisation sont tirés de la Base de données sur les congés des patients et du Registre national des traumatismes, concernant les problèmes de santé suivants :

- conditions propices aux soins ambulatoires ou CPSA (moins de 75 ans);
- diabète (tous les âges);
- maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (20 ans et plus);
- asthme pédiatrique (moins de 20 ans);
- blessures (tous les âges);
- accidents de transport terrestre (tous les âges);
- chutes accidentelles (tous les âges);
- blessures chez les enfants (moins de 20 ans);
- santé mentale (tous les âges);
- troubles anxieux (tous les âges);
- troubles affectifs (tous les âges);
- troubles liés à la consommation de drogues, d'alcool et d'autres substances (tous les âges).

L'étude porte également sur les taux de faible poids à la naissance pour 100 naissances vivantes qui ont eu lieu dans les établissements de soins de courte durée. On a tenu compte du nombre de bébés pesant de 500 à 2 499 grammes à la naissance.

On a également tenu compte d'un sous-ensemble d'indicateurs de la santé autodéclarés normalisés selon l'âge tirés de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) (données des cycles 2.1 et 3.1 combinées). Voici les indicateurs de santé autodéclarés qui ont été examinés :

- autoévaluation de la santé (12 ans et plus);
- sédentarité (12 ans et plus);
- usage du tabac (12 ans et plus);
- consommation d'alcool (consommation abusive), indicateur désigné par le terme « alcoolisme périodique » (12 ans et plus);
- excès de poids ou obésité (18 ans et plus);
- facteurs de risque (autoévaluation relative à la sédentarité, à l'indice de masse corporelle, au tabagisme et à la consommation d'alcool, 18 ans et plus);
- vaccination contre la grippe (65 ans et plus);
- participation et activités limitées (indicateur désigné par « limitation des activités », 65 ans et plus).

Taux d'hospitalisation et autodéclarations de la santé en pourcentage dans l'ensemble des 15 RMR

Les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge ont été établis pour chaque indicateur d'hospitalisation selon le groupe de SSE, en fonction de données totalisées pour les exercices 2003-2004 à 2005-2006. Les taux d'hospitalisation ont été établis pour l'ensemble des 15 RMR dont il est question dans le rapport pour obtenir les taux à l'échelle du pays de même que pour chacune des 15 RMR. Un sous-ensemble de données des cycles 2.1 (2003) et 3.1 (2005) de l'ESCC ont été regroupées afin de pouvoir totaliser le pourcentage de personnes se disant en excellente ou en très bonne santé et faire rapport de certains comportements liés à la santé. On a quantifié les réponses à certaines questions de l'ESCC pour les trois groupes de SSE, qui ont été déterminées à l'aide de l'indice de défavorisation au sein de chacune des 15 RMR. Les réponses ont également été quantifiées par groupe de SSE pour les 15 RMR confondues, ce qui a permis de dégager des données pancanadiennes.

Les figures 3A et 3B présentent les taux pancanadiens pour chaque indicateur examiné. Des différences significatives ont été enregistrées quant aux indicateurs d'hospitalisation entre les trois groupes de SSE étudiés et entre les 12 indicateurs examinés. Pour chaque indicateur, les différences (ou gradients) qui se dessinaient entre les groupes de SSE (faible, moyen et élevé) étaient statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %. Le groupe présentant un faible SSE ont enregistré les taux d'hospitalisation les plus élevés (596 hospitalisations par 100 000 personnes) en raison de problèmes de santé mentale (entre autres, troubles anxieux, troubles affectifs, troubles liés à la consommation de drogue, d'alcool et d'autres substances et démence). Les taux d'hospitalisation étaient moindres au sein des groupes présentant un SSE moyen (368 par 100 000 personnes) ou un SSE élevé (256 hospitalisations par 100 000 personnes). Les taux d'hospitalisation liés à des blessures ou à des CPSA étaient élevés au sein du groupe de SSE faible. Les taux d'hospitalisation pour blessures étaient de 537 par 100 000 personnes au sein du groupe de SSE faible, de 434 par 100 000 personnes au sein du groupe de SSE moyen, et de 386 par 100 000 personnes au sein du groupe de SSE élevé.

Figure 3A

Taux d'hospitalisation et autodéclarations de la santé en pourcentage normalisés selon l'âge, à l'échelle pancanadienne (ensemble des 15 RMR)*

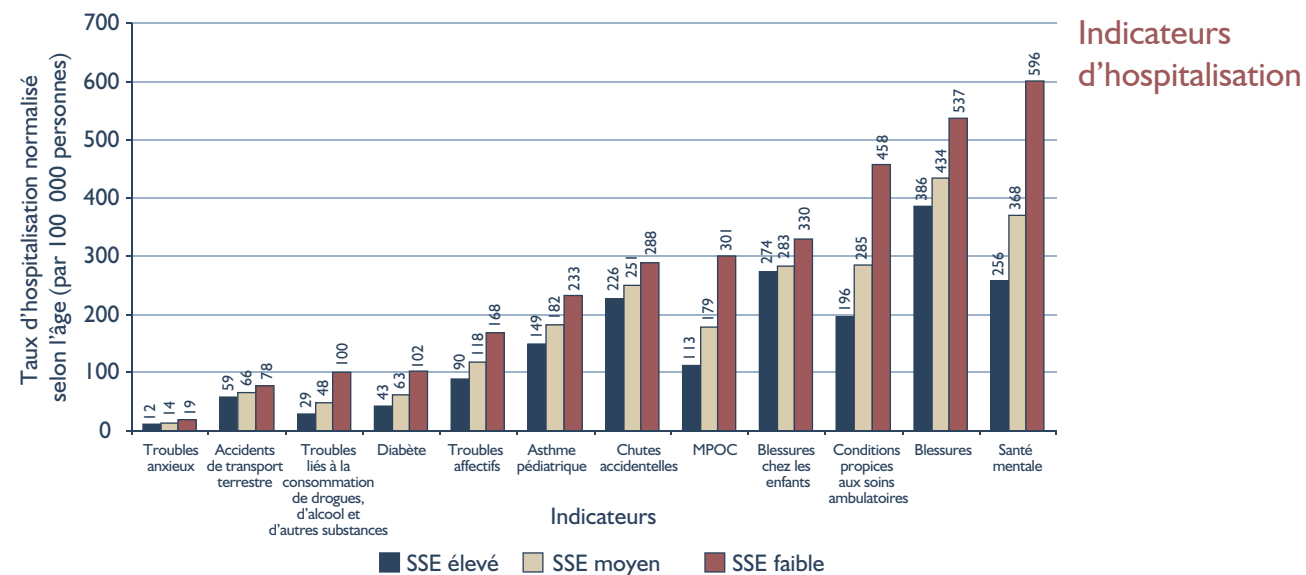
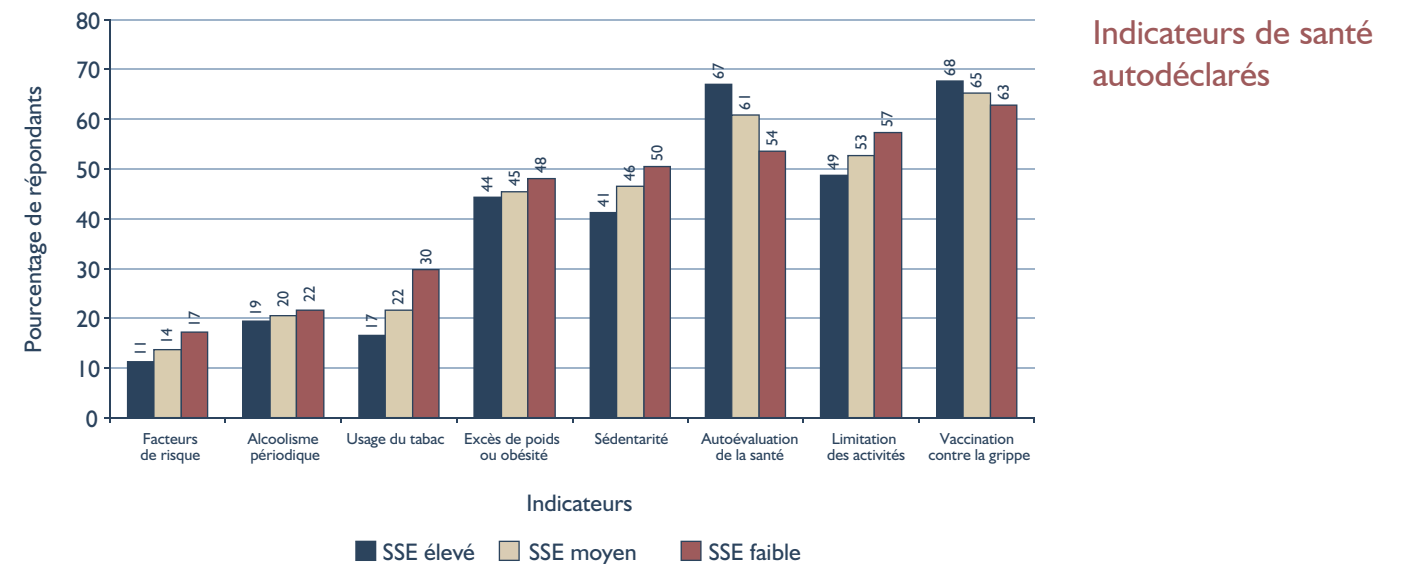


Figure 3B



i. Veuillez consulter le rapport intégral pour obtenir les définitions détaillées de ces indicateurs.

Remarque

* À l'exception de l'indicateur du taux de faible poids à la naissance, dont le taux est donné par 100 naissances vivantes (et non par 100 000 personnes) et n'est pas normalisé selon l'âge.

Sources

Analyse par l'ISPC de données tirées de la Base de données sur les congés des patients pour 2003-2004 à 2005-2006 et du Registre national des traumatismes, Institut canadien d'information sur la santé; ESCC, cycles 2.1 (2003) et 3.1 (2005), Statistique Canada.